

JASKRA

Na jaskrę cierpi 67 milionów ludzi na świecie, a ponad 6 milionów jest z tego powodu całkowicie niewidomych.

Na czym polega to schorzenie?

W prawidłowym oku odbywa się stale krążenie płynu śródocznego, który odżywia przejrzyste tkanki oka. Ciśnienie tego płynu (cieczy wodnistej), nazywamy ciśnieniem wewnątrzgałkowym lub śródgałkowym. Ciecz ta jest wytwarzana w komorze tylnej, przez źrenice przedostaje się do komory przedniej, odpływa z komory przedniej przez tkankę o porowatej strukturze, znajdującą się między rogówką a nasadą tęczęwki. W prawidłowych warunkach fizjologicznych istnieje stan równowagi pomiędzy wytwarzaniem cieczy wodnistej a jej odpływem. Zaburzenia tego stanu, najczęściej w postaci utrudnionego odpływu, prowadzą do wzrostu ciśnienia śródgałkowego.

Groźnym jest nie podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe, lecz towarzyszący mu zanik włókien nerwu wzrokowego, który prowadzi do powstania ubytków w polu widzenia, kończących się ostatecznie ślepotą.

A więc - jaskrą nazywamy grupę schorzeń charakteryzujących się postępującą neuropatią nerwu wzrokowego, która prowadzi do powstania ubytków w polu widzenia, kończących się ostatecznie ślepotą.

Przyczyny zaniku nerwu wzrokowego są następujące:

Po - pierwsze - wysokie ciśnienie śródgałkowe uciska na włókna nerwu wzrokowego, co w konsekwencji prowadzi do ich zaniku.

O tej właśnie przyczynie jaskry wszyscy pacjenci Poradni Okulistycznej słyszeli i nieco orientują się w temacie tego rodzaju jaskry. Zaś mało kto z moich pacjentów wie o zupełnie innym rodzaju jaskry.

Nerw wzrokowy odżywiany jest specjalną siecią naczyń pochodząca z naczyniówki, siatkówki i naczyń rzęskowych. Jeżeli naczynia te są w stałym skurczu lub są zwężone z powodu zmian miażdżycowych - nie doprowadzają odpowiedniej ilości krwi do nerwu wzrokowego. Chroniczne niedokrwienie doprowadza także do zaniku włókien nerwu wzrokowego - jednak bez podwyższenia ciśnienia śródgałkowego.

Co w jaskrze jest najważniejsze? Wszyscy słyszeli o istnieniu bardzo bolesnych ostrych ataków jaskry. Ale to są wyjątkowe przypadki - ostrych ataków jaskry dostaje około 1% chorych na nią, - czyli jeden na 100 chorych.

Szanowni Państwo! Proszę zapamiętać - jaskra nie boli! Ona po prostu powoli bezboleśnie zabija wzrok, natomiast do ostrych ataków tej choroby dochodzi wówczas, gdy pacjent już od dawna wie, że jaskrę ma.

Ponieważ jaskra nie boli - najważniejszym sposobem jej wykrycia są okresowe kontrole u okulisty, zwłaszcza, jeżeli jesteśmy w tak zwanej grupie ryzyka.

Kto powinien być szczególnie uczulony na punkcie jaskry?

Osoba po 35 roku życia, z niskim! ogólnym ciśnieniem krwi, z zimnymi rękami i stopami, pracująca w stresie, miewająca migreny, z hipercholesterolemią / hiperlipidemią a zwłaszcza osoby, u których jaskra występuje rodzinnie.

Nawiązując do poprzedniego cyklu artykułów na temat wad wzroku przypominam: do osób zagrożonych jaskrą zaliczamy osoby z krótkowzrocznością.

Do grupy wysokiego ryzyka zaliczamy też osoby z wykrytym w trakcie wizyty u okulisty nieco podwyższonym ciśnieniem wewnątrzgałkowym. Długotrwałe stosowanie sterydów w postaci kropli ocznych również jest uważane za czynnik ryzyka jaskry.

Istnieje wiele rodzajów jaskry:

- Pierwotna - przekazywana genetycznie, dotycząca obu oczu, objawiająca się niekiedy w dzieciństwie lub w okresie młodzieńczym, zwykle jednak po 35 roku życia
- Wtórna - gdy wywołuje ją inna choroba oczu (np. uraz, zapalenie)

W praktyce klinicznej stosuje się podział anatomiczny - do wszystkich typów jaskry, wynikający z budowy kąta przesączania - miejsca odpływu z oka cieczy wodnistej. Jest to: jaskra z szerokim, otwartym kątem i jaskra z kątem wąskim zamykającym się.

W jaskrze z szerokim, otwartym kątem przesączania (ok.80% chorych) ciecz wodnista nie może swobodnie wydostać się na zewnątrz oka, a zablokowanie odpływu następuje zwykle w tzw. beleczkach rogówkowo - twardówkowych kąta przesączania lub w twardówce. Proces ten trwa latami - ciśnienie w oku podnosi się nieznacznie, ale stale. Ta postać jaskry jest bezbolesna i nie daje żadnych objawów aż do momentu prawie całkowitego uszkodzenia nerwu.

W przypadku jaskry z wąskim, zamykającym się kątem (20% chorych) droga odpływu cieczy wodnistej na

zewnątrz gałki ocznej zablokowana jest przez "pogrubienie" tęczówki lub jej pofałdowanie np.: w momencie poszerzenia źrenicy (wieczorem po zmroku, przy sztucznym oświetleniu). Ciśnienie w oku jest wtedy wysokie, chory odczuwa ból oka, któremu towarzyszy okresowe zamglenie widzenia.

Wśród chorych z jaskrą wąskiego, zamykającego się kąta ok. 5% to chorzy, którzy mogą nagle dostać ostrego ataku jaskry polegającego na całkowitym, nieodwracalnym zamknięciu kąta przesączania przy jednoczesnym bardzo wysokim ciśnieniu śródgałkowym. Jak już podkreślałam - ostrego ataku jaskry dostaje jeden na stu pacjentów z jaskrą. Ostrość wzroku gwałtownie pogarsza się. Taki chory wymaga natychmiastowej interwencji specjalisty - może bowiem oślepnąć w ciągu kilku dni.

Jak wynika z wyżej podanego opisu w większości przypadków jaskra jest choroba nie powodująca dolegliwości bólowych.

Często więc dopiero przypadkowe badanie okulistyczne pozwala ustalić właściwe rozpoznanie. Choroba z biegiem lat doprowadza do zaniku nerwu wzrokowego i całkowitej utraty obwodowego i centralnego pola widzenia, toteż niezbędne jest podjęcie przez pacjenta bardzo systematycznego leczenia. Leczenie zachowawcze daje wyniki tylko we wczesnym stadium choroby, gdy nie ma jeszcze zrostów.

W przypadku, gdy "czynniki ryzyka" opisywane w pierwszej części artykułu wskazują na możliwość rozwoju jaskry należy dla własnego bezpieczeństwa udać się na badania kontrolne do lekarza okulisty.

W diagnostyce, a zwłaszcza w diagnostyce przesiewowej w kierunku jaskry dzięki rozwojowi technologii poczyniono ogromne postępy. Badanie bezdotykowe za pomocą komputerowego tonometru trwa sekundy i jest absolutnie bezpieczne dla pacjenta, gdyż jest nieinwazyjne. Nie trzeba podkreślać znaczenia tego faktu – o zagrożeniach zakażeniem HIV, żółtaczką typu B, opryszczką każdy z nas słyszał.

W mniemaniu ogromnej większości pacjentów nie mających dotychczas kontaktu z okulistą diagnozowanie jaskry sprowadza się do sprawdzania ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Na marginesie - łatwo powiedzieć „sprawdzić ciśnienie w oku” - jak to zrobić? Przecież ani mankietu ciśnieniomierza na oko nie założysz, ani końcówki manometru do oka nie da się wbić.

W dobrze wyposażonej Poradni Okulistycznej oprócz komputerowej tonometrii bezdotykowej i aplanacyjnej musi być wykonana:

- gonioskopia przy pomocy gonioskopu ze specjalnym układem zwierciadeł. Jest to badanie kąta przesączenia. Obraz gonioskopowy kąta przesączenia jest różny w różnych postaciach jaskry.

- ocena tarczy nerwu wzrokowego przy pomocy oftalmoskopu, lampy szczelinowej, soczewki VOLK o mocy 90 dioptrii. W rozwiniętej postaci tej choroby tarcza nerwu wzrokowego ma barwę bledszą od prawidłowej i jest dobrzeżnie zagłębiona. Zmiany te są spowodowane zanikiem włókien nerwowych. Z tego więc powodu badanie to ma bardzo duże znaczenie we wczesnym jaskry i ocenie jej przebiegu.

- statyczne badanie pola widzenia w oparciu o perymetr z programem komputerowym i najlepiej podglądem

ustawienia oka na monitorze komputera. Badanie to należy do podstawowych badań w jaskrze, wykonywanych zarówno w celach diagnostycznych, jak i w prognostycznych. Niedokrwienie siatkówki powoduje zmiany w polu widzenia w postaci ubytków występujących początkowo głównie od strony nosowej. Stopniowo następują koncentryczne zawężenia pola widzenia aż do zachowania widzenia jedynie w części skroniowej. Czasem niewielkie nawet podwyższenie ciśnienia wewnątrzgałkowego powoduje powiększenie się ubytków, dlatego też chorzy ze zmianami w polu widzenia powinni być poddawani badaniom kontrolnym co 3 miesiące.

Dobre Poradnie Okulistyczne współpracujące ze znanymi w Kraju Ośrodkami Okulistycznymi mają możliwość kierować swoich pacjentów do nowoczesnych badań opartych na technologii naprawdę „kosmicznej”: skaningowej tomografii laserowej oceniającej obiektywnie wszystkie parametry tarczy i włókien nerwu wzrokowego, do badania grubości warstwy włókien nerwowych oraz badania grubości siatkówki.

Natomiast, zanim lekarze zaczęli stosować do określenia grubości włókien nerwu wzrokowego tomograf laserowy, przyszło im rozwiązać dokładnie 120 lat temu problem pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego. Od tamtych czasów i do dziś robi się to na zasadzie „czy dobrze jest napompowana ta piłka?” Tzn. ciężarek o znanej masie jest stawiany na gałce ocznej i badany jest stopień „uginania się” gałki ocznej pod tym ciężarkiem. Lub strumień powietrza ze znaną siłą uderza w gałkę oczną (komputerowa bezdotykowa tonometria) – badane jest zaś odbicie strumienia od gałki. Wiadomo – im więcej się ugina – tym ciśnienie jest niższe, jeżeli zaś prawie się nie ugina – pacjent ma ostry atak

jaskry. Warto jeszcze dodać, iż prawidłowe ciśnienie śródoczne waha się w granicach od 14 do 22 mm Hg (1,82-3,38 hPa), przy czym mogą wystąpić wahania dobowe nie przekraczające jednak wartości 5 mm Hg.

Rozpoznawanie i leczenie jaskry wymaga dużej wiedzy i doświadczenia klinicznego.

Leczenie jaskry obejmuje leczenie farmakologiczne, leczenie przy pomocy lasera oraz leczenie operacyjne.

Jednak to zagadnienie będzie tematem czwartej części artykułu poświęconego jaskrze.

Proszę dbać o swoje oczy i pamiętać: „Oko jest małe, a widzi cały świat”.